

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

616

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Prudent LAINÉ

Né le 2 février 1912, à Cancale (Ille-et-Vilaine)

Etude sur les rapports de la Peau

avec les

Sécrétions internes

Président : M. LOEPER, Professeur

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1937

010

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Prudent LAINÉ

Né le 2 février 1912, à Cancale (Ille-et-Vilaine)

Etude sur les rapports
de la Peau
avec les
Sécrétions internes

Président : M. LOEPER, Professeur

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1937

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY..... Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
BERNARD (E.). Pathologie médicale.
BESANÇON (J.). Hydrologie.
BOULIN Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
COSTE Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
FEY Urologie.
FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
DE GENNES... Pathologie médicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
LAROCHÉ (G.).. Pathologie médicale.
LELONG..... Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET.... Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RENARD..... Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
GUÉNIOT..... Obstétrique.
LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
PHILIBERT..... Bactériologie.
VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHIRAY.		HEITZ-BOYER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
VALLERY-RADOT		VELTER.	
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui m'a fait le grand honneur de prési-
der cette thèse.*

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*A qui nous devons tout, faible
témoignage de notre affection et de
notre reconnaissance.*

A MA FEMME

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA FILLEULE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON JURY DE THÈSE

Étude sur les rapports de la Peau avec les Sécrétions internes

INTRODUCTION

Tous les phénomènes physiologiques et pathologiques de l'organisme réagissent les uns sur les autres suivant deux modes de régulation : une régulation nerveuse et une régulation humorale. La régulation nerveuse, pendant longtemps la seule admise, semble aujourd'hui s'effacer devant les phénomènes humoraux prédominants. En réalité, il serait vain d'établir une hiérarchie entre les deux modes de régulation et de coordination des fonctions. Tout indique qu'elles marchent ensemble d'une façon synergique et qu'il existe en somme une régulation neuro-humorale. Les glandes endocrines, organes essentiels de la régulation humorale, sont sous la dépendance du système nerveux, mais réagissent à leur tour sur celui-ci fermant ainsi le cycle neuro- humoral.

La peau, plus que tout autre tissu, est sensible aux troubles de régulation. Dès 1922, Lévy-Fraenkel et Juster ont insisté sur la notion de la peau, véritable miroir de l'état glandulaire et neuro-végétatif. Dans

ce miroir vont se réfléchir immédiatement les moindres troubles en y déterminant des manifestations variées.

Le présent travail, destiné à étudier les altérations pathologiques que subit la peau à la suite des atteintes des glandes à sécrétions internes, n'envisage pas le problème du point de vue du dermatologiste, mais de celui de la pathologie générale. Il y a en effet deux problèmes pratiques (aussi bien que théoriques) dans les rapports de la peau avec les sécrétions internes :

- a) les altérations de la peau dans les syndromes endocriniens connus ;
- b) l'intervention possible des sécrétions internes dans la pathogénie de certaines dermatoses et, en conséquence, le traitement de celles-ci par l'opothérapie.

Nous avons successivement adopté ces deux points de vue, tout en restant néanmoins dans les limites de la pathologie générale. Notre travail comprend ainsi deux parties :

A. — La peau dans les maladies endocriniennes.

Nous avons étudié parmi celles-ci, principalement les affections du corps thyroïde, des glandes génitales et des capsules surrénales. Nous avons résumé plus rapidement les faits concernant les autres glandes.

B. — La pathogénie endocrinienne de certaines dermatoses.

Nous en avons envisagé seulement trois : le psoriasis, l'eczéma et la sclérodermie.

A

La peau dans les maladies endocriniennes.

I

Affections du corps thyroïde.

Une des glandes dont les atteintes pathologiques retentissent le plus sur la peau et sur les annexes de celle-ci est le corps thyroïde. Pendant longtemps on n'insistait guère que sur le myxœdème au point de vue des manifestations cutanées, mais actuellement les travaux récents démontrent leur existence aussi dans la maladie de Basedow.

Le myxœdème dans sa forme classique en impose d'emblée comme une infiltration cutanée généralisée. Nous n'insistons pas sur les caractères généraux de la peau myxœdémateuse. Notons seulement qu'en dehors de l'aspect classique, on a décrit des sortes de « myxœdèmes locaux » (Arzt), appelés myxomes par Mayr, qui possèdent les caractères de la peau myxœ-

démateuse, mais qui semblent très localisés à certains territoires circonscrits et généralement symétriques.

En dehors des manifestations cutanées proprement dites, il y a lieu de noter les troubles des phanères. Les cheveux changent de caractère, deviennent secs et cassants, les ongles sont striés et leur poussée est irrégulière. Notons encore l'alopecie de la queue du sourcil dont on connaît la valeur diagnostique.

Nous verrons plus loin les rapports de la sclérodermie avec le corps thyroïde. Notons seulement en attendant, qu'il semble y avoir des formes intermédiaires, des aspects de passage entre la peau myxœdémateuse et celle de la sclérodermie.

Des faits d'altérations cutanées au cours de la maladie de Basedow sont connus depuis longtemps, mais il leur manquait jusqu'à ces derniers temps la confirmation expérimentale. Trousseau a signalé le vitiligo et d'autres troubles de la pigmentation cutanée dans le goitre exophtalmique. Dès la première description de Basedow on a montré la fréquence de la chute des poils au cours de l'hyperthyroïdie et Sabouraud a fréquemment insisté sur la coexistence de la pelade et de l'hyperthyroïdie. Il peut y avoir des chutes de cheveux du type de l'alopecie en clairière.

Plus récemment, Sainton a insisté sur la canitie comme signe d'hyperthyroïdie. Il s'agit soit d'une canitie généralisée, soit de l'existence d'une seule mèche blanche que Sainton appelle « la mèche basedowienne ». D'après l'enquête de cet auteur, des

troubles cutanés ou des phanères existeraient dans 43 % des cas de maladie de Basedow.

Enfin, ce même auteur a apporté la confirmation expérimentale de l'origine thyroïdienne de ces troubles. En faisant absorber de la poudre de thyroïde à des Gallinacées, il détermina chez ces oiseaux un blanchiment ou une chute du plumage. La contre-épreuve de l'origine thyroïdienne a été faite par l'ingestion d'hémato-éthyroïdine qui empêche les troubles des phanères de se produire.

Quant au mécanisme par lequel le corps thyroïde retentit sur la peau, nous n'en connaissons actuellement rien. Il est vraisemblable qu'il s'agisse d'actions chimiques par l'intermédiaire des échanges nutritifs de la peau.

II

Les glandes génitales.

Physiologiquement, il semble démontré que la peau et les phanères sont sous la dépendance étroite des glandes génitales. La peau des deux sexes présente des différences qui peuvent être considérées comme des caractères sexuels secondaires. La peau de la femme est plus fine, moins pigmentée, les poils disséminés sur la surface cutanée sont moins abondants, etc.

Les influences physiologiques sont les plus nettes sur les diverses parties du système pileux. Au moment de la puberté, les glandes génitales semblent activer la croissance des poils pubiens, axillaires, etc., par contre elles inhibent la croissance de certaines parties de la chevelure chez l'homme. On sait que pathologiquement cette stimulation peut aller jusqu'à la calvitie qui est considérée comme un hyperfonctionnement testiculaire.

La disposition des poils pubiens est couramment considérée comme un bon signe du fonctionnement des glandes génitales. La réalisation du type féminin

du pubis chez l'homme est un signe d'insuffisance testiculaire, alors que le type masculin chez la femme semble être dû à l'insuffisance ovarienne.

La symptomatologie cutanée des perturbations des glandes génitales est beaucoup plus riche chez la femme que chez l'homme. Dans les deux sexes, la puberté se signale souvent par de l'acné.

Chez la femme, dans certains cas, chaque période menstruelle se signale par une petite éruption d'importance variable. Très souvent, il s'agit de quelques vésicules d'herpès sans gravité, mais parfois cette dermatose menstruelle peut revêtir des formes plus graves, comme l'éruption polymorphe douloureuse et bulleuse de Gougerot et Arnaudet, de l'érysipèle, de l'eczéma, etc.

Au cours des aménorrhées, on a pu noter des accidents cutanés. On a décrit chez ces sujets de l'eczéma, de l'urticaire, des syndromes cutanés hémorragiques (constituant ainsi un syndrome vicariant) et même des érythèmes graves, exsudatives, exfoliatrices, etc.

Pendant la grossesse, les altérations cutanées sont bien connues. Nous n'insistons pas sur l'herpès gestationis. Ce lui-ci peut dans de rares cas revêtir la forme beaucoup plus grave de l'impétigo herpétiforme (Stumpke).

Un deuxième type de troubles cutanés pendant la grossesse est constitué par les modifications de la pigmentation. Il s'agit le plus souvent de surcharges pigmentaires, mais on a également signalé du vitiligo.

La ménopause peut se caractériser également par

des troubles cutanés. En dehors des modifications du système pileux, dans le sens d'une hypoovarie (développement de la barbe), l'affection cutanée la plus importante de cette période est le prurit vulvaire. Cette affection serait sous la dépendance des glandes génitales. Il guérirait d'ailleurs très bien, soit par l'extrait ovarien (Sézary, Favory et Mamou), soit au contraire par des préparations testiculaires (Meyer et Gallerand).

III

Dans les affections des surrénales.

Les maladies atteignant les capsules surrénales peuvent se manifester par des troubles cutanés parfois très importants et dont la discussion éclaire maints problèmes fondamentaux de la pathologie générale. Nous insisterons avant tout sur la mélanodermie des insuffisances surrénales à type addisonien. Nous dirons un mot après sur les modifications des phanères dans certaines tumeurs de la glande.

On sait que la maladie d'Addison se caractérise par une mélanodermie et par des taches pigmentaires des muqueuses. L'interprétation de cette mélanodermie a donné lieu à des discussions.

Etant donné qu'il existe des insuffisances surrénales sans troubles de la pigmentation et étant donné aussi qu'en expérimentation on n'a jamais pu reproduire la mélanodermie par ablation des capsules surrénales, Sergent a nié que les troubles pigmentaires soient dus directement à l'insuffisance de la sécrétion surrénale, mais il les attribue à une atteinte du sympathique.

En réalité, ces faits s'expliquent assez bien. Dans les insuffisances surrénales aiguës, comme à la suite de l'ablation expérimentale des deux capsules, la survie n'est pas suffisamment prolongée pour que la mélanodermie puisse se développer. Aussi, Sézary critique-t-il la conception de Sergent et il attribue la mélanodermie à l'atteinte même de la glande. Il semble en effet que les surrénales jouent normalement un rôle de fixation et de transformation des pigments mélaniques. Nous allons voir que les travaux de Loeper et de ses collaborateurs ont apporté des preuves intéressantes en faveur de cette manière de voir.

Selon une conception récemment exposée par Verne la mélanodermie pourrait bien être due à la fois à des facteurs endocriniens et sympathiques. Normalement, l'adrénaline, produit de sécrétion interne de la zone médullaire des surrénales, exerce, par l'intermédiaire du sympathique, une action inhibitrice sur la formation du pigment mélanique dans la peau. Que la production d'adrénaline vienne à diminuer sous l'influence d'une insuffisance surrénale et la mélanogénèse n'étant plus inhibée, la mélanodermie survient.

Il est possible que cette hypothèse contient une part de vérité, mais il faut tenir compte dans la production des troubles pigmentaires non seulement de la médullo-surrénale, mais aussi et même d'une façon prépondérante de la cortico-surrénale.

Une série de travaux de Loeper et ses collaborateurs, effectués entre 1925 et 1927, ont apporté de

précieuses contributions à ce problème. Ces recherches sont d'autant plus intéressantes qu'elles sont parties d'un point de vue purement biochimique et elles ont abouti à l'explication de la mélanodermie des addisoniens.

Loeper, Olliver et Tonnet ont constaté que le sang des addisoniens mélanodermiques contenait une proportion élevée de soufre (0 gr. 20 à 0 gr. 30 au lieu de 0 gr. 07 ou 0 gr.08 par litre normalement). En même temps, Loeper, Decourt et Lesure ont enregistré une augmentation de la teneur de la peau en soufre après surrénalectomie. Normalement, le tissu surrénal contient une proportion importante de soufre. En dosant cet élément d'une part dans le sang artériel, d'autre part dans le sang veineux qui sort des capsules surrénales, Loeper, Garcin et Lesure ont trouvé que le taux est moins important dans la veine que dans l'artère.

De ces faits, Loeper, Decourt et Garcin ont conclu que les surrénales possèdent une fonction thiopexique, c'est-à-dire que normalement ces glandes emmagasinent du soufre. L. Binet a montré ultérieurement que ce soufre fixé par les surrénales se trouve transformé en glutathion, substance jouant un rôle important dans la contraction musculaire.

Toutes ces constatations se tiennent et permettent d'expliquer la symptomatologie de la maladie d'Addison. En effet, en cas d'insuffisance des capsules surrénales, la fixation du soufre ne se fait plus dans ces glandes. Le soufre circulant augmente, se fixe au

niveau de la peau et y facilite la formation des mélanines qui sont, comme on le sait, des corps fortement soufrés. D'autre part, ce soufre ne pouvant pas se transformer en glutathion, il existe des anomalies de la contraction musculaire, d'où l'asthénie.

Cette explication de la mélanodermie apparaît aujourd'hui pleinement satisfaisante et cadre avec tous les faits.

Au point de vue des altérations de la peau et des phanères, notons encore l'hirsutisme dans certaines tumeurs cortico-surrénales. On sait que de telles tumeurs déterminent chez la femme une sorte de pseudo-hermaphrodisme qui s'accompagne d'une hypertrophie considérable du système pileux qui prend le type masculin. La pathogénie de ces faits est encore inconnue.

IV

La peau dans les affections des autres glandes endocrines.

Nous serons brefs sur les manifestations cutanées des autres syndromes glandulaires, beaucoup moins bien connues et ne possédant que des rapports inconstants avec l'altération glandulaire en question.

Au cours des divers syndromes hypophysaires, on trouve surtout l'infiltration adipeuse de la peau, comme dans le syndrome adiposo-génital. Ce même syndrome peut coexister avec une hypertrichose généralisée. Mayr en a donné un exemple chez une petite fille, atteinte du syndrome de Babinski-Fröhlich, qui était couverte de poils, qui avait de la moustache et de la barbe comme peu d'hommes adultes en possèdent.

Par contre, dans certaines grandes insuffisances hypophysaires, avec atrophie de la glande, on trouve parfois une atrophie complète du système pileux avec altérations portant sur les ongles. Tous ces troubles, ainsi que l'affirme Pulvermacher, rétro-cèdent par l'opothérapie spécifique, signant ainsi leur nature hypophysaire. Dans un cas de destruction

complète de l'hypophyse par un sarcome, Lereboullet a vu une sorte de momification cutanée.

Le rôle des parathyroïdes est assez mal démontré dans les altérations cutanées. Il n'est pas impossible que l'insuffisance de cette glande joue un rôle dans la sclérodermie.

Il en est de même du rôle du thymus dont l'insuffisance serait un facteur causal important du psoriasis. Nous y reviendrons.

La fonction endocrine de la rate jouerait peut-être un rôle dans certaines dermatoses. Chevalier a traité avec succès un certain nombre de cas d'eczéma avec de l'extrait de rate.

Il nous reste à envisager la peau des diabétiques qui a fait l'objet de multiples travaux importants. On sait que les diabétiques font avec une grande facilité des infections cutanées, en particulier des infections staphylococciques, des furoncles, des anthrax, etc. Ils ont également souvent de l'eczéma et se plaignent souvent de prurit vulvaire, anal, etc.

Tout nous incite à attribuer cette susceptibilité particulière de la peau des diabétiques à une teneur accrue en sucre.

L'accumulation de glucose dans la peau (Pulay) en fait un milieu de culture favorable à certains microbes. Cette même raison fait que la peau est plus vulnérable aux agents physiques et chimiques. Ces sujets supportent généralement mal les révulsifs, l'action des diverses radiations, etc. Il est également possible que les nerfs sensibles, se trouvant dans des

conditions humorales peu favorables, y réagissent par du prurit.

En tout cas, l'efficacité de l'insuline dans tous ces cas démontre leur dépendance directe du trouble humoral qui détermine le diabète.

B

La pathogénie endocrinienne de certaines dermatoses.

I

Psoriasis.

Lorsqu'on étudie les influences endocriniennes sur une maladie quelconque, en particulier sur une dermatose, on peut avoir recours à plusieurs procédés. L'idée d'une corrélation vient généralement par le fait d'une coexistence entre la dermatose et certaines manifestations glandulaires. Ensuite, on fait des recherches systématiques aussi bien cliniques que biologiques afin de confirmer l'impression donnée par la découverte de coïncidences qui peuvent être fortuites. Dans un troisième temps enfin on tente l'application d'un procédé opothérapique.

Il importe de savoir qu'en réalité aucune de ces méthodes de recherche n'est impeccable. On peut avoir à la fois un syndrome glandulaire et une ma-

ladié de peau, sans qu'il y ait nécessairement une relation de cause à effet entre les deux. Quant à la recherche des tests, il n'en existe actuellement aucun qui soit absolument spécifique d'une glande. L'efficacité d'un procédé opothérapique n'est pas plus probante. Les extraits glandulaires ont des effets pharmacologiques qui ne sont pas nécessairement en rapport avec les fonctions de la glande dont ils sont extraits. Pour être sûr qu'un syndrome clinique est bien dû à un trouble glandulaire défini, il faut pouvoir le reproduire expérimentalement. Certes, cela n'est pas toujours possible surtout pour les affections cutanées, en raison des différences considérables entre la peau de l'homme et celle des animaux de laboratoire.

A défaut d'une telle démonstration, il faut donc au moins que les trois séries de recherches cliniques soient concordantes. Nous verrons que ce n'est pas toujours le cas pour les suggestions qui ont été émises.

*
* *

On ne soutient plus guère l'origine microbienne ou parasitaire du psoriasis. On attribue cette maladie plutôt à un trouble nutritif.

Un certain nombre d'auteurs ont remarqué depuis longtemps chez les sujets atteints de psoriasis des manifestations glandulaires. Ces manifestations peuvent être de trois ordres : thyroïdiennes, hypophysaires et génitales. Carrera a étudié à ce point de vue 36 cas

de psoriasis et a trouvé dans 25 % de l'hyperthyroïdie, dans 35 % de l'hyperovarie. Rochlin, Zirmunskays et Kotchneva, d'après l'étude de 50 cas, concluent au rôle primordial des glandes génitales, de l'hypophyse et du thyroïde.

Quant aux modalités des perturbations thyroïdiennes, il s'agit toujours de l'hyperthyroïdie. Voici les résultats d'une enquête à l'aide de la mesure du métabolisme basal (Stumpke) :

Métabolisme	
Normal.....	68 %
Augmenté.....	27,5 %
Diminué.....	4,5 %

Cette statistique a été faite par 193 mesures sur 107 malades.

Les explorations réfractométriques ont donné à Doczy les résultats suivants dans 120 cas :

Positive pour l'hypophyse	35
— le thyroïde.....	45
— glandes génitales.....	40

Il y aurait donc chez une certaine proportion des individus atteints de psoriasis une hyperthyroïdie ou des troubles hypophysaires ou génitaux. Cependant, les résultats de l'opothérapie thyroïdienne sont insignifiants chez ces malades. Les meilleurs résultats sont encore donnés par l'irradiation du thymus (Brock), alors qu'en dehors de ce fait rien n'indique que le thymus soit intéressé dans la pathogénie de la maladie.

II

Eczéma.

L'eczéma est l'une des maladies dont la pathogénie a été la plus discutée. Attribué tour à tour à une infection microbienne, à l'action des agents physiques ou chimiques et mis finalement sur le compte des phénomènes de sensibilisation allergique, l'eczéma semble être à la fois tout cela et cependant aucune des explications n'est satisfaisante.

Ce n'est donc pas étonnant si l'on a cherché la pathogénie de la maladie parmi les troubles glandulaires. Se basant sur des coïncidences cliniques, on a invoqué en premier lieu l'effet des glandes génitales. On sait, en effet, que l'eczéma est fréquent comme manifestation cataméniale et qu'il se voit au cours de la grossesse, comme il peut débiter au moment de la puberté. Les essais d'opothérapie ovarienne tentées auraient donné quelques bons résultats (Stumpke).

Les troubles thyroïdiens ont été souvent invoqués et tout particulièrement l'hyperthyroïdie. Voici les résultats des recherches de métabolisme dans 135 cas d'eczéma (Stumpke) :

Métabolisme

Normal.....	67,9 %
Augmenté.....	27,5 %
Diminué.....	7,7 %

Cliniquement même, on constate souvent des signes d'hyperthyroïdie chez les eczémateux. Stumpke présente à cet égard des cas tout à fait typiques.

On a trouvé également de l'eczéma chez des malades atteints de syndromes hypophysaires. Grütz l'a vu dans le syndrome adiposo-génital. Dans ces cas d'ailleurs l'extrait pré-hypophysaire aurait eu un effet thérapeutique remarquable.

Quant au traitement thyroïdien, il aurait donné des résultats dans certains cas où l'on a trouvé en même temps de l'hypothyroïdie, ce qui est exceptionnel (Bénard). Par contre, l'irradiation du corps thyroïde aurait guéri des eczémas chez des sujets hyperthyroïdiens (Guarini).

Dans l'eczéma du nourrisson, Rueda attribue un rôle important au pancréas. Dans de nombreux cas, l'eczéma aurait bénéficié d'un traitement par un extrait pancréatique. Il semble que, dans ce cas, c'est plutôt la sécrétion externe du pancréas qui est en cause. L'insuffisance du pancréas externe s'accompagnant d'une digestion défectueuse des substances albuminoïdes, elle peut expliquer en effet les eczémas d'origine alimentaire soit toxiques, soit allergiques.

Dans l'ensemble, il n'y a guère d'explication endocrinienne satisfaisante de l'eczéma. Il est possible que

dans certains cas un état glandulaire réalise des conditions humorales favorables à l'éclosion de la dermatose, mais nous ne pensons pas qu'il s'agit d'une véritable relation pathogénique.

III

Sclérodermie.

Il existe beaucoup plus de présomptions pour considérer la sclérodermie comme une maladie endocrinienne que pour aucune autre des dermatoses. Notons cependant que l'accord est loin d'être fait sur la glande qui joue un rôle prédominant dans la pathogénie de cette affection.

Jeanselme avait attribué au corps thyroïde le rôle le plus important. Il ne semble pas cependant que les troubles thyroïdiens soient toujours dans le même sens au cours de la sclérodermie. Selon Darier, Vallery-Radot, Hillamand et Chaumereau-Lamotte, etc., il s'agit d'hypothyroïdie. Par contre, selon Laignel-Lavastine, Lortat-Jacob, Fernet et Bureau, etc. les perturbations thyroïdiennes revêtiraient plus souvent la forme d'une hyperthyroïdie.

Les résultats d'autopsie ne sont pas plus affirmatifs. Bénard et Coulaud ont trouvé des lésions de myxœdème, mais aussi d'autres atteintes glandulaires.

La sclérodermie semble fréquemment coexister avec le syndrome adiposo-génital ou avec l'acromégalie (Siegwald).

Des lésions des capsules surrénales ont été signalées par Halbren et de Sèze et par Sézary, Mamou et Beauchêne.

Les troubles génitaux seraient assez fréquents. On a signalé parmi les facteurs pathogènes l'orchite interstitielle ou des tumeurs ovariennes (Milian et Horowitz).

La théorie qui possède le plus de fondement est celle qui attribue la sclérodermie à un trouble parathyroïdien. Cette hypothèse a été récemment développée par Sézary et Mamou. Selon ces auteurs, la sclérodermie serait un hyperfonctionnement des parathyroïdes. Moulonguet a trouvé une fois un adénome de cette glande dans la sclérodermie.

Au point de vue thérapeutique, les extraits thyroïdiens n'ont jamais donné aucun résultat. Lereboullet, en associant thyroïde, surrénale et hypophyse a obtenu des améliorations. Orsi a eu de bons résultats avec l'extrait hypophysaire seul.

Ce qui est encore plus paradoxal, c'est que l'extrait parathyroïdien donne parfois d'excellents résultats (Pinard et Fiehrer). Par contre, l'ablation partielle des parathyroïdes, traitement logique, puisque la sclérodermie serait une hyperparathyroïdie, rencontre souvent des échecs (Leriche).

Il y a là encore probablement de ces interactions neuro-humorales qui échappent encore à nos tentatives d'explication. Ainsi, Leriche a trouvé que la sympathectomie, soit autour des artères thyroïdiennes (qui irriguent aussi les parathyroïdes), soit au niveau

de la chaîne sympathique cervicale constituent un excellent traitement de la sclérodermie.

Il est donc possible que ces interventions modifient le fonctionnement des glandes et exercent ainsi leur effet thérapeutique par l'intermédiaire de celles-ci.

IV

Considérations pratiques.

Comme on a pu voir par cette brève revue, on ne peut guère conclure à une origine endocrinienne précise pour les dermatoses que nous avons envisagées. Certes, elles coexistent avec une fréquence impressionnante avec des manifestations endocriniennes. Cependant, comme elles peuvent accompagner les phénomènes endocriniens les plus variés et souvent opposés, il ne nous semble pas qu'on peut attribuer à ces faits une signification pathogénique.

Au point de vue pratique, on peut cependant retenir l'action de l'opothérapie sur les maladies de la peau, même si leur pathogénie endocrinienne est rien moins que démontrée. Peu importe si cette action thérapeutique correspond à une action pathogénique ou bien si elle est purement symptomatique. L'essentiel est d'améliorer le malade, ce qui, dans une maladie aussi grave que la sclérodermie par exemple, est un résultat appréciable.

Il en est de même pour les actions physiothérapiques qui peuvent fort bien agir sans que la glande

irradiée joue réellement un rôle pathogénique. Nous avons passé en revue quelques-unes de ces actions thérapeutiques.

En attendant de trouver la solution du problème, nous nous contentons de la conception de Sézary qui englobe sous le nom de « symptômes endocriniens communs » un certain nombre de manifestations qui se voient au cours des troubles glandulaires variés, sans qu'on puisse les attribuer à une glande et même à un groupe de glandes précis. Cette conception, outre sa commodité, peut se défendre. En effet, des troubles d'origines diverses peuvent réaliser des altérations humorales semblables, créant un terrain favorable à l'éclosion de certaines manifestations pathologiques.

Conclusions.

1° La peau, comme tous les tissus, subit l'influence des sécrétions internes. Etant donné qu'elle est facilement accessible à toutes les investigations, elle peut constituer un terrain de choix pour la recherche des manifestations endocriniennes. D'autre part, des théories pathogéniques glandulaires ont été émises pour un certain nombre de dermatoses, mais aucune de ces théories n'a reçu jusqu'ici de confirmation définitive.

2° Les manifestations cutanées sont importantes et fréquentes dans les syndromes thyroïdiens. Celles du myxœdème sont bien connues. Les troubles pigmentaires de l'hyperthyroïdie ont reçu ces derniers temps une confirmation expérimentale.

3° Les glandes génitales ont un effet certain sur la peau et les phanères, ainsi qu'en témoignent les modifications que ceux-ci subissent en rapport avec la vie génitale. Des accidents cutanés sont particulièrement fréquents chez la femme à l'occasion des règles, de la grossesse, de la ménopause, etc.

4° Les troubles pigmentaires de la maladie d'Addison doivent, contrairement à l'opinion classique,

être attribués directement à la déficience glandulaire. L'insuffisance de la fonction thiopeuxique des capsules surrénales fournit une explication satisfaisante de la mélanodermie.

5° Parmi les autres affections endocriniennes, on a signalé des accidents cutanés dans les syndromes hypophysaires, parathyroïdiens et il convient d'insister sur celles des diabétiques.

6° Nous avons étudié trois dermatoses au point de vue de la possibilité d'une pathogénie endocrinienne. Celle-ci ne semble être prouvée ni pour le psoriasis ni pour l'eczéma, malgré l'existence incontestable de cas où ces dermatoses coexistent avec des troubles glandulaires. Quant à la sclérodermie, l'hypothèse parathyroïdienne serait très satisfaisante, mais elle ne constitue probablement que la schématisation de faits beaucoup plus complexes.

7° En attendant, on peut considérer certaines dermatoses comme un « symptôme endocrinien commun », sans aucune spécificité. L'opothérapie peut cependant agir sur elles, mais rien n'indique que cette action est spécifique.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARZT. — Mediz. Klinik, 12 janvier 1934.
- BÉNARD (R.). — Bull. soc. Méd. Hôp., 14 octobre 1924.
- BINET. — Presse Méd., 29 sept. 1928.
- BRELET. — Gaz. des Hôp., 1^{er} juin 1925.
- BROCK. — Deutsche Med. Wchscht., 15 mars 1921.
- DARIER. — Bull. Soc. fr. Dermat., mars 1924.
- DOCZY. — Dermat. Wchscht., 1^{er} août 1927.
- GOUGEROT et ARNAUDET. — Arch. Dermat. Syph., janvier 1931.
- GRUTZ. — Dermat. Ztschft., févr. 1928.
- HALBRON et SÈZE (DE). — Bull. Soc. Méd. Hôp., 3 sept. 1931.
- LAIGNEL-LAVASTINE et SÉZARY. — Bull. Soc. fr. Dermat., janvier 1927.
- LEREBOULET. — Journ. Méd. fr., avril 1922.
- LERICHE. — Bull. Mém. Soc. nat. Chir., 1932, p. 7.
- LÉVY-FRÈNCKEL et JUSTER. — Encéphale, mai 1932.
- LOEPER, DECOURT et GARCIN. — Presse Méd., 25 sept. 1926.
- MAYR. — Die Erscheinungen ander Haut bei inneren Krankheiten, 1926.
- PULAY. — Stoffwechsel und Haut, 1922.
- PULVERMACHER. — Centralbl. Haut u. Geschlk., 1924, p. 206.
- SABOURAUD. — Presse Méd., 1930, p. 757.
- SAINTON. — Ann. Dermat. et Syph., 1929, t. 10, p. 1.

SERGEANT. — L'insuffisance surrénale. Paris, 1920.

SÉZARY et MAMOU. — Presse Méd., 30 nov. 1932.

STUMPKE. — Hautkrankheiten und endokrines System, 1934.

VALLERY-RADOT, DELAEONTAINE et JOUVOT. — Soc. Méd. Hôp.,
20 janv. 1933.

VERNE. — Rev. gén. des Sc., 15 nov. 1934.
